

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1904, à 1 heure

Par M. GAZAVE

ANGINES SYPHILITIKES

SECONDAIRES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur.
RENON et AUVRAY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	N....
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	N....
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	TERRIER.
Clinique chirurgicale infantile	LE DENTU.
Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DUPLAY	TILLAUX.
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	G. IART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEAN-ELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGUY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

On devrait commencer l'étude de la médecine par la syphilis, disait Andral. Cette maladie en effet étend ses racines partout, et à tout âge il faut compter avec elle. Rayée du jour au lendemain du cadre pathologique, nos hôpitaux se videraient sensiblement.

La syphilis que de fois l'avons nous vue dans le service de notre maître M. le professeur DIEULAFOY ! C'est en écoutant ses causeries au pied du lit des malades et en suivant ses conférences, que nous avons eu la première idée de l'importance de cette maladie. Aujourd'hui nous saisissons avec empressement l'occasion d'exprimer à notre maître distingué, pour ses savantes leçons et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, les sentiments sincères de notre profonde et vive reconnaissance.

La syphilis que de fois aussi l'avons-nous rencontrée à l'hôpital des Enfants-Malades chez M. le professeur LANNELONGUE et à la clinique Baudelocque chez M. le professeur PINARD ! Ces deux maîtres nous ont montré toute l'étendue de ce mal au point de vue héréditaire et ses suites désastreuses au point de vue social.

Pour leur brillant et utile enseignement, nous les prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A quel moment donc, la syphilis est-elle le plus à craindre ? Ce n'est certainement pas à sa période tertiaire. Si l'accident primaire est éminemment contagieux ce n'est pas encore lui qui joue le plus grand rôle dans la dissémination de la maladie. Mais c'est bien la période secondaire qui est l'étape la plus grave à ce point de vue : « grave à deux titres, dit M. le professeur FOURNIER : par ses dangers de contagion et par ses dangers d'hérédité... C'est la grande source qui alimente la syphilis, qui la propage, la dissémine, l'entretient, la multiplie parmi nous. » Parmi les accidents secondaires, les plus fréquents sont incontestablement les accidents bucco-pharyngés. Peu de malades y échappent et il est même quelquefois difficile d'en préserver les mieux traités. S'il est vrai, comme le veut M. VERCHÈRE, qu'il y ait une syphilis d'emblée sans chancre, on voit de quelle utilité ces accidents peuvent être pour le traitement ; de quelle utilité ils peuvent être quand le chancre a passé inaperçu ou que le praticien a besoin d'eux pour confirmer un diagnostic hésitant. Ce sont donc ces accidents qu'il importe le mieux de connaître, et voilà pourquoi nous avons essayé de les décrire.

Nous adressons en terminant nos remerciements sincères à M. le D^r SARREMONE et à MM. BROcq et THIBIERGE médecins des hôpitaux, pour les utiles renseignements que nous avons trouvés auprès d'eux, et pour la bienveillance et l'empressement avec lesquels ils nous ont admis dans leurs services.

DEFINITION

Nous entendrons par angine syphilitique secondaire, les lésions de cette période qui siègent à l'arrière-gorge et s'accompagnent d'un ensemble de symptômes cliniques que l'on retrouve en totalité ou partie dans l'angine simple.

Quelquefois l'accident primaire est passé inaperçu et le malade est averti de sa syphilis par une dysphagie dont la continuité est un caractère essentiel.

Avec cela la rougeur est un symptôme presque constant et dans une formule très générale mais très large nous pourrions dire qu'un pharynx rouge, est plutôt syphilitique, et qu'un blanc est plutôt tuberculeux. Cette rougeur qui atteint les piliers, le voile, la luette, la paroi postérieure du pharynx et les amygdales, alternant sur ces dernières le plus souvent avec une teinte opaline, prend parfois des caractères particuliers pour qu'il soit possible de la décrire séparément. De leur

côté les amygdales, et par ce mot nous entendons les quatre amygdales, s'hypertrophient et se couvrent ou non de plaques muqueuses ; ces plaques muqueuses à leur tour, sous diverses influences, varient de forme, au point de simuler quelquefois la couenne diphtérique.

Enfin les malades se plaignent de constriction à la gorge, de troubles fonctionnels de la déglutition des aliments et de la salive, mais ces troubles ne sont pas forcément proportionnels aux lésions apparentes.

La division de notre sujet se trouve implicitement contenue dans les lignes précédentes ; comme il n'est ni possible ni exact de décrire une angine syphilitique secondaire type, nous décrirons séparément chacune de ces lésions, en faisant remarquer au début, une fois pour toutes, que deux ou plusieurs de ces accidents existent le plus souvent simultanément sur le même sujet.

DIVISION :

Nous décrirons donc :

- I. — *La dysphagie syphilitique secondaire.*
- II. — *L'érythème vermillon.*
- III. — *L'hypertrophie des amygdales.*
- IV. — *La plaque muqueuse.*
- V. — *L'angine diphtéroïde de la syphilis.*
- VI. — *Le traitement.*

Ces divers accidents ont déjà fait le sujet de nom-

breuses études ; pour être complet nous les reprendrons.

La plaque muqueuse semble cependant n'avoir pas été traitée dans une thèse de doctorat. Enfin et surtout nous appellerons l'attention sur une méthode de traitement tentée il y a quelques années, à peu près oubliée sinon proscrite aujourd'hui : le *morcellement* des amygdales.

Pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles nous avons fait dans chaque chapitre l'historique des lésions, séparément.

ETIOLOGIE

Les accidents secondaires de la région amygdalienne sont d'une telle fréquence que l'on a appelé justement cette région : « nid à syphilis ». On les voit le plus souvent sur l'amygdale elle-même, moins souvent sur les piliers, le voile, la luette. Les hommes leur paieraient dit-on, un plus large tribut que les femmes, parce que celles-ci ont généralement plus de soins de leur bouche et qu'elles ne fument pas ; c'est possible ; en tous cas ces lésions sont loin d'être rares chez elles.

On a voulu expliquer cette fréquence par des causes d'excitation locale. L'abus du tabac jouerait certainement un rôle ainsi que l'absorption répétée d'alcool, la malpropreté de la bouche et le mauvais état de la dentition. On a aussi incriminé le froid et l'humidité.

Certains individus ne seraient-ils pas plus exposés

sinon prédisposés, de par leur profession même, par exemple les souffleurs de verre ?

Le traumatisme continuel occasionné par le passage du bol alimentaire et les mouvements incessants de déglutition, doivent occuper une large part dans cette étiologie.

Enfin par-dessus tout cela on doit évidemment tenir compte de la constitution anatomo-histologique des amygdales et du voisinage de la bouche, milieu continuellement infecté.

CHAPITRE I

Dysphagie syphilitique secondaire.

Un symptôme sinon constant du moins fréquent des accidents secondaires de la gorge, c'est la dysphagie. Elle est anciennement connue : les auteurs chinois, d'après le capitaine Dabry, parlent de la difficulté de la déglutition que l'on observe chez les syphilitiques, mais ils n'en indiquent pas la cause. Ambroise Paré parle également de cette gêne et la rattache à l'hypertrophie des amygdales. « Leur survient aussi, dit-il, tumeurs aux amygdales qui les gardent bien de parler et avaler leurs viandes et même leur salive. »

Cette dysphagie est quelquefois le premier symptôme qui retienne l'attention des malades et, comme le prouvent nos observations, c'est elle qui les amène chez le médecin. Elle est essentiellement capricieuse en ce sens qu'il n'y a pas toujours corrélation entre les lésions de la gorge et les phénomènes douloureux ;

il n'est pas rare en effet d'observer une petite gêne de la déglutition avec des lésions cependant très importantes. Bien plus, de légères syphilides peuvent occasionner une forte dysphagie.

Dans ces dernières années même, MM. Augagneur, Gallois et Garel de Lyon, ont décrit une « dysphagie prolongée » à physionomie propre. Cette dysphagie qui est toujours bucco-pharyngée et que par conséquent il ne faudrait pas confondre avec une dysphagie d'origine œsophagienne, a pour caractères essentiels d'être unique, constante, tenace. Les malades sont atteints de maux de gorge persistants, souffrent pendant des semaines et chose paradoxale, l'examen objectif de la gorge parfois ne donne rien : en somme on a une douleur et rien de plus.

Des différentes interprétations émises pour expliquer ce symptôme, la plus plausible est celle qui ressort des intéressantes recherches de MM. Augagneur et Gallois qui l'attribuent surtout à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. « Sur 38 sujets affectés du symptôme en question, disent-ils, nous avons noté une lésion que nous considérons comme la cause directe de cette dysphagie. En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V à la face antérieure de l'épiglotte, on voit une saillie de volume variable, suivant les cas. Ordinairement la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane ; sa teinte rouge sombre, un peu livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface en est presque trans-

lucide, comme œdémateuse. Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres, quelques unes isolées, d'autres agglomérées ; il semble que l'amande ait été réduite en fragments. »

En outre M. Escat fait jouer un rôle à l'inflammation totale de l'anneau de Waldeyer. M. Garel disait en 1892 : « Doit être considérée comme syphilitique tout malade éprouvant de la dysphagie (non imputable à un cancer ou à la tuberculose) au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge, depuis un laps de temps remontant à trois semaines au moins. »

Mais en dehors de la tuberculose et du cancer, un abcès peut se former dans l'amygdale d'une façon lente, chez un sujet à tempérament scrofuleux ; une amygdalite aiguë peut ne pas avoir une résolution franche et s'accompagner d'un abcès enkysté ; de même l'ulcération de l'amygdalite gangréneuse liée à la chute d'une escarre peut aussi de par la nature même de l'inflammation qui l'a produite, persister un certain temps.

En somme l'opinion de M. Garel pour être exagérée n'est pas fausse dans le fond. Sous le bénéfice des réserves faites plus haut, une dysphagie unique, constante, tenace, durant plus de trois semaines, devra toujours mettre en éveil l'attention du clinicien, et comme le dit M. le professeur Fournier, ce signe « a tout le moins le mérite d'ouvrir une piste, dont le diagnostic peut tirer un utile profit. »

CHAPITRE II

Erythème vermillon.

M. le professeur Dieulafoy a appelé l'attention sur l'érythème vermillon. Cemothé vermillon semble avoir été employé pour la première fois par Poyet, comme qualificatif de l'érythème que l'on rencontre surtout sur les cordes vocales et quelquefois sur l'épiglotte et l'infundibulum dans les accidents secondaires du larynx. M. Dieulafoy s'en est servi pour désigner l'érythème secondaire qui siège plus haut dans le pharynx. Ces deux érythèmes d'ailleurs ne diffèrent que par le siège et celui du larynx peut succéder à l'autre.

L'érythème vermillon est très précoce : il apparaît après l'accident primitif et avant les plaques muqueuses.

Il siège particulièrement sur le voile du palais, les amygdales et les piliers ; tantôt il reste cantonné dans l'isthme du gosier, tantôt il envahit l'épiglotte et le

larynx ; il peut gagner aussi la partie postérieure du pharynx. Il suffit de l'avoir vu une fois pour ne pas le confondre avec une autre lésion de l'amygdale. Rouge-brun ou rouge vermillon, il présente un aspect vernissé ou granuleux et ressemble assez à des coups de pinceau appliqués d'une façon nette et rapide sur l'arrière-gorge. Au-dessus de ces traînées rouges qui prennent parfois la forme d'un croissant, on peut apercevoir des semis de petites granulations, dont le volume varie d'une tête d'épingle à un grain de millet.

Par lui-même, l'érythème vermillon ne semble pas dangereux, bien qu'il puisse comme nous l'avons dit plus haut, gagner l'épiglotte et le larynx, et provoquer, rarement il est vrai, des désordres graves du côté de l'appareil auditif.

Le diagnostic sera facile grâce à la limitation de la rougeur et à l'aspect particulier de cette rougeur. Aux symptômes habituels de l'angine, il faut ajouter un signe de premier ordre : l'engorgement ganglionnaire qui ne fait jamais défaut ici et qui présente les caractères habituels des adénopathies syphilitiques : indolence dureté, absence de péri-adénite.

M. le professeur Fournier a mis en doute l'existence de cet érythème : « Je n'ai jamais rien constaté pour ma part qui réponde à cette description. Ce que j'ai vu, au cours de l'étude secondaire, c'est un certain degré d'érythème guttural, soit prémonitoire de syphilides muqueuses en voie d'éclosion, soit symptomatique de syphilides muqueuses accomplies. Ce que j'ai vu encore quelquefois c'est un érythème diffus de l'isthme, accom-

pagné ou non d'un léger embarras de la gorge. Mais je n'ai jamais osé rattacher une signification de spécificité à un symptôme de cet ordre qui ne laisse pas d'être assez commun ; fumeurs, alcooliques, etc., et qui, je l'affirme, se rencontre souvent chez des sujets indemnes de syphilis. Que la syphilis puisse être en cause, je ne vais pas à l'encontre ; je mets en fait seulement, qu'il n'a pas de caractères propres, suffisants à en attester l'origine. »

En somme, le doute émis par M. Fournier est plus apparent que réel : lui aussi a bien vu un certain degré d'érythème guttural, prémonitoire de syphilides muqueuses ; il a vu un érythème de l'isthme et « il ne va pas à l'encontre que la syphilis puisse être en cause. » Nous sommes déjà presque du même avis. M. Fournier termine en disant que cet érythème « n'a pas de caractères propres, suffisants à en attester l'origine. » En d'autres termes cela revient à dire que l'érythème vermillon n'est pas pathognomonique. Mais nous pourrions demander à M. Fournier lui-même s'il existe dans toute la médecine un signe pathognomonique indiscutable.

Cet érythème existe réellement et il a été vu et revu par une foule d'auteurs. Swediaur avait remarqué cette rougeur. Babington l'annotateur de Hunter a signalé l'érythème pharyngé. Ricord parle d'une forme érythémateuse des muqueuses. De même Baumès.

Ces avis ne se rapprochent-ils pas un peu de ce que nous avons décrit ? Avec Martellière et Pillon le doute n'est plus permis et certainement ces auteurs dans

leurs descriptions avaient en vue l'érythème vermillon. Voici quelques-uns de leurs passages : « L'érythème précède ou accompagne presque toutes les autres lésions de la gorge, la rougeur étant le symptôme le plus fréquent. » « Il est facile de constater à la gorge une rougeur qui règne sur le voile du palais, ses piliers, les amygdales et envahit même souvent la paroi postérieure du pharynx. Quelquefois diffuse au début, la rougeur ne tarde pas à se localiser à l'isthme ou même à une partie seulement de son étendue. Tantôt elle cesse brusquement à la limite interne des piliers, tantôt elle ne dépasse pas l'isthme. Mais ses délimitations sont toujours brusques et tranchées. » Et Martellière insiste sur cette disposition pour en faire le seul caractère qui puisse servir à la distinguer de la diffusion et de l'irrégularité spéciale à l'angine érythémateuse simple.

Enfin les études de M. le professeur Dieulafoy sur ce sujet, les observations prises par lui et son élève Benoist, les descriptions qu'en fait M. Escat dans son livre *Maladies du pharynx*, ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de l'érythème syphilitique vermillon.

CHAPITRE III

Hypertrophie des Amygdales.

Depuis longtemps les auteurs ont signalé cette hypertrophie.

Ambroise Paré parle de « tumeurs aux amygdales » et Swediaur écrit : « Quand le virus syphilitique est absorbé dans la masse du sang, il porte le plus souvent la première action sur la gorge. En examinant celle-ci, on ne trouve parfois qu'un gonflement considérable des amygdales. »

En 1882, Gilles publie sur ce sujet une thèse pleine d'intérêt.

1° HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE.

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est peu connue ; d'ailleurs comme le fait justement remarquer M. Escat « il faut croire qu'elle est aussi moins fré-

quente, car cette amygdale est physiologiquement atrophiée à l'âge habituel où la syphilis se contracte. »

2° HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE LINGUALE.

Mais par contre, l'hypertrophie de l'amygdale linguale n'est pas rare. Signalée pour la première fois par Lancereaux en 1836, puis par Jullien la même année, elle a été étudiée par une foule d'auteurs, entre autres Bäumlér, Brida, Campaia, Ricci de Venise, Newcomb, Labit, Moure et Raulin. Ces deux derniers auteurs décrivent deux formes :

a). — *L'amygdalite pré-épiglottique secondaire folliculaire.*

b). — *L'amygdalite pré-épiglottique secondaire folliculo-interstitielle.*

Dans la première forme, l'amygdale se présente sous l'aspect d'une petite tumeur médiane, donnant la sensation de corps étranger et arrivant au contact de l'épiglotte ; ou bien les follicules au lieu de siéger sur la ligne médiane siègent de chaque côté et provoquent une gêne de la déglutition, surtout de la déglutition à vide et de la déglutition des liquides. Ici donc le follicule lymphoïde seul est en cause.

Dans la deuxième forme, la couche interstitielle sous-muqueuse participe au processus.

Michaël de Hambourg a vu cette hypertrophie assez considérable pour rabattre l'épiglotte et provoquer une sorte de cornage. L'examen avec le miroir montre une

muqueuse violacée, grisâtre, hypertrophiée en mame-lons, avec à sa surface des rigoles assez profondes. Les follicules atteignent parfois un volume tel qu'ils ressemblent à de véritables condylomes. Enfin point très intéressant à noter, la muqueuse peut présenter des plaques quelquefois exulcérées.

3° HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PALATINE.

De tous les accidents secondaires de la gorge, l'hypertrophie des amygdales palatines est assurément le plus fréquent et chez tous nos malades nous avons peu ou prou observé ce phénomène. M. le professeur Cornil explique cette fréquence par la constitution anatomique de la glande : « L'organe tout entier, dit-il, peut être considéré comme un ganglion lymphatique et il subit les mêmes lésions que tous les ganglions lymphatiques. »

Les strumeux présentent une prédisposition favorable.

A quel moment observe-t-on cette hypertrophie ? Certains veulent qu'elle apparaisse aussitôt après le chancre, avant tout autre accident constitutionnel. La chose est possible, mais généralement elle se présente en même temps que les autres accidents secondaires.

Les deux amygdales sont le plus souvent prises simultanément, mais l'hypertrophie pour être bilatérale, n'est pas forcément symétrique. L'augmentation de volume peut atteindre trois ou quatre fois les dimensions normales et il n'est pas rare de voir les deux glandes arriver au contact et chatouiller la luette.

Cependant, comme nous le verrons plus loin, cette énorme hypertrophie évolue parfois sans troubles fonctionnels marqués ou du moins proportionnels à elle.

Le plus souvent ainsi que le prouvent nos observations, le développement de l'amygdale se fait en dedans et un peu en avant ; c'est de ce côté là en effet qu'elle trouve le moins de résistance. Les piliers antérieurs seront donc bombés, tendus, tandis que les postérieurs resteront libres et c'est pourquoi l'ouverture de la trompe d'Eustache et par suite les fonctions auditives n'auront pas à souffrir. Quelquefois la saillie est si nette, que la glande paraît hors de sa loge et complètement énucléée.

Rarement sa surface est unie ; bien au contraire elle est toujours mamelonnée, bosselée et ceci est un signe important pour le diagnostic.

Mais l'augmentation de volume n'existe pas seule et la rougeur est un signe qui vient corroborer le précédent. Cette teinte varie du rouge vif au rosé et se répartit d'une façon irrégulière de telle sorte que par endroits l'amygdale a des reflets opalins ; on la trouve aussi sur les piliers, le voile du palais, la luette, la paroi postérieure du pharynx. « Sorte d'érythème précoce, dit Jullien, de couleur groseille occupant le voile du palais, la luette et le pharynx ; il peut ne se fixer que sur une de ces parties, mais il existe toujours lorsque l'on a une hypertrophie des amygdales. »

Pour la description anatomo-pathologique nous renvoyons au chapitre de la plaque muqueuse ; nous évi-

terons ainsi des redites car la plaque muqueuse siège toujours sur une amygdale hypertrophiée et nous nous conformerons à la logique en ne séparant pas ces deux lésions.

L'hypertrophie s'accompagne habituellement d'adénopathie sous-maxillaire qui a les caractères de l'adénopathie syphilitique : dureté, indolence, absence de péri-adénite. Ces symptômes atteignent leur maximum en quelques jours et si le malade n'a pas présenté ou n'a pas vu d'autres accidents, son attention est éveillée par une gêne de la déglutition.

Le diagnostic n'offrira pas de difficulté et l'erreur avec l'angine aiguë sera facilement évitée. Dans l'hypertrophie syphilitique, ce qui frappe tout d'abord, c'est la disproportion entre l'importance des lésions et le peu d'intensité des phénomènes réactionnels : on n'observe pas de température. L'entrée en scène et la marche de l'angine aiguë sont tout à fait différentes : température, déglutition même à vide très douloureuse, points blancs sur les amygdales au début ; résolution en quelques jours. Il n'en est pas de même pour l'hypertrophie syphilitique qui dure bien davantage.

Une fois cette dernière constituée que va-t-il survenir ? Trois cas peuvent se présenter :

Ou bien elle se résorbe et rétrocede : c'est l'exception, du moins sans traitement spécifique.

Ou bien elle passe à l'état chronique et dure des mois et des mois. Ce cas se voit fréquemment et nous avons trouvé pas mal de nos malades qui nous ont dit

souffrir de la gorge et avoir une gêne de la déglutition depuis des mois entiers.

Enfin l'hypertrophie peut subir une évolution plus complète par suite du développement de plaques muqueuses à sa surface : c'est la terminaison habituelle, observée le plus fréquemment dans la pratique.

CHAPITRE IV

La plaque muqueuse.

A la plaque muqueuse se rattachent les noms de Bazin, Le Gendre et Fournier. Elle constitue, dit ce dernier, l'accident le plus important de toute la syphilis secondaire et cela à quatre titres : en raison de sa fréquence, de sa récidivité, de sa multiplicité de siège, enfin et surtout de sa contagiosité.

Les plaques muqueuses sont très fréquentes à la bouche et à la gorge où elles semblent souvent survenir spontanément ; mais les excitations locales telles que le tabac, l'alcool, la malpropreté de la bouche jouent un rôle considérable dans leur étiologie.

Elles atteignent spécialement les amygdales palatines, le voile, les piliers, la luette ; par contre elles sont complètement inconnues sur le fond du pharynx.

La plaque muqueuse type présente toujours une forme circulaire ou ovale. A la bordure ronde ou irrégulièrement arrondie, sans crête circonférencielle

ne formant par conséquent ni relief, ni entamure, correspond une partie centrale légèrement déprimée ou excavée en cupule. On dirait qu'on a donné à cet endroit un léger coup de râpe. Toujours et n'importe où la plaque syphilitique se retrouvera avec ces deux principaux caractères : forme arrondie, centre excavé. Mais l'aspect variera plus ou moins suivant qu'elle siègera sur telle ou telle muqueuse, sur telle ou telle partie de la peau, semblant se conformer à la structure histologique de l'endroit : c'est ainsi qu'à la peau elle deviendra hypertrophique et croûteuse, que sur la langue elle prendra le type ulcéreux, et sur les amygdales, le type opalin.

Ici en effet, la partie centrale de la plaque muqueuse n'a pas habituellement la couleur rouge, derme dénudé, de la plaque buccale. Le fond lisse ou finement grenu, a un aspect gris cendré. Cette teinte peut s'atténuer, devenir gris blanchâtre et présenter les reflets de l'opale ; on a alors : la plaque muqueuse opaline qui, à son tour, passe quelquefois au blanc véritable.

M. le professeur Cornil compare la plaque muqueuse opaline à l'effet que produirait sur la muqueuse une légère touche de nitrate d'argent.

A côté de cette forme courante on voit parfois d'autres variétés ; c'est ainsi que la plaque muqueuse peut se recouvrir d'une fausse membrane rappelant la membrane diphtérique. Nous renvoyons au chapitre suivant pour l'étude de cette dernière.

De plus, les papules muqueuses de l'amygdale sont souvent exulcérées : le revêtement épithélial d'après

M. le professeur Cornil est désintégré sous l'influence d'une grande quantité de globules de pus ou cellules lymphatiques qui viennent vraisemblablement des vaisseaux papillaires et la couche épithéliale est ramollie, les cellules sont séparées les unes des autres et elles sont enlevées en partie ou en totalité: on a donc une plaque muqueuse exulcérée.

Chez les malades qui n'ont subi aucun traitement, les plaques muqueuses prennent quelquefois un aspect particulier: elles deviennent végétantes et forment sur les amygdales de véritables végétations condylomateuses, molles et violacées, comme sur les organes génitaux de la femme.

Enfin si l'on songe que ces plaques varient dans leur nombre, dans leur étendue, qu'elles sont plus ou moins confluentes suivant les sujets, qu'elles peuvent s'hypertrophier, il est permis de dire que les types varient eux aussi à l'infini. Chez un malade nous aurons une lésion de la grandeur d'un grain de blé et à côté, un autre malade présentera un isthme guttural envahi en totalité et paraissant recouvert d'une nappe muqueuse géante. Même variété au point de vue de la douleur: tantôt celle-ci est nulle, tantôt au contraire très vive et rarement proportionnelle à l'étendue des plaques.

Nous empruntons en entier à M. le professeur Cornil la description anatomo-pathologique de la plaque muqueuse opaline, type le plus fréquemment observé: « Lorsqu'on examine de près l'amygdale couverte de ces plaques, on voit que la surface de la muqueuse est intacte, que son épiderme même le plus superficiel est

en place ; seulement ces couches épidermiques sont modifiées et ne sont plus transparentes comme à l'état normal : c'est cette opacité du vernis épithélial qui donne la couleur opaline caractéristique. Les sections minces passant à travers une plaque opaline montrent un épaissement des couches de l'épithélium, un allongement inflammatoire des papilles et une infiltration de tout le tissu cellulaire du chorion muqueux par des cellules lymphatiques. L'ensemble de ces lésions constitue un relief à courbe régulière. Les papilles sont allongées et un peu épaissies, ce qui est dû à ce que le tissu qui les compose contient des éléments cellulaires ronds (cellules lymphatiques, globules de pus). Les vaisseaux des papilles sont également allongés. L'épithélium pénètre entre ces papilles hypertrophiées.

A leur union avec les papilles, les cellules épithéliales coniques sont normales ; mais les cellules crénelées de la couche moyenne présentent souvent des cavités entre le noyau et la partie solide de la cellule, et cette lésion est très fréquente, pour ne pas dire absolument généralisée, dans la couche superficielle des cellules épithéliales. De plus, dans cette couche superficielle, on trouve dans l'intérieur de certaines cellules cavitaires, un, deux ou trois globules de pus et en même temps de distance en distance, de petits nids remplis de globules de pus, de véritables petits abcès creusés au milieu de l'épithélium contenant de 4 à 10 et même jusqu'à 100 globules de pus et davantage. Ces petits abcès de forme arrondie ou lenticulaire, entourés de toutes parts par des cellules cornées, aplaties par la compression,

siègent à la surface même de la plaque. Ils s'ouvrent sur la muqueuse de telle sorte qu'on peut voir de petites dépressions cupuliformes dont le fond contient encore des globules de pus. Cette lésion ne peut pas être considérée comme une érosion de la papule, car sa surface est parfaitement lisse à l'œil nu, et elle est saillante au lieu d'être exculcée. Bien que lisse, cette surface suinte et le liquide qui imprègne les cellules, qui remplit les cavités dont elles sont creusées, sort en entraînant des globules de pus. C'est la présence de ce liquide et de ces cellules jointe à l'épaississement des couches épithéliales, qui cause l'opacité du revêtement épithélial et qui donne aux plaques muqueuses leur couleur opaline. On doit se demander d'où viennent ces globules de pus. La majorité des auteurs les fait provenir des cellules lymphatiques qui sorties des vaisseaux, se trouvent dans les papilles. Des papilles, les cellules chemineraient entre les cellules du corps muqueux de Malpighi et viendraient à la surface où elles seraient arrêtées un certain temps par la résistance plus grande des cellules épithéliales superficielles. Comme nous sommes certain qu'il se forme des globules de pus dans la cavité des cellules et qu'on peut y voir des noyaux en voie de division, nous croyons qu'on peut admettre une formation de ces globules dans l'intérieur des cellules épithéliales. Il est remarquable que les cellules superficielles soient plus altérées que celles des couches les plus voisines des papilles et que les petits abcès dont je viens de parler se rencontrent seulement à la surface même de la plaque muqueuse.

Les vaisseaux des papilles et ceux du tissu conjonctif du chorion sont remplis de sang, distendus, et le tissu conjonctif qui les entoure montre des lacunes entre les fibrilles des cellules lymphatiques. Les amygdales sont en même temps toujours tuméfiées. Les follicules clos qui les composent montrent toutes les lésions qu'on observe dans le tissu réticulé des ganglions lymphatiques atteints par la syphilis, c'est-à-dire une hypertrophie causée par une inflammation avec distension des vaisseaux lymphatiques périfolliculaires ainsi que des sinus périfolliculaires. Dans les sinus et dans le tissu réticulé fin, on trouve habituellement de grandes cellules contenant avec un nombre variable de noyaux, des corpuscules rouges du sang. Les fibrilles du réticulum des follicules ne présentent pas d'altération. »

Le diagnostic de la plaque muqueuse de l'amygdale n'est pas toujours facile du moins au début ; elle ressemble alors à un simple dépoli de la muqueuse de couleur « lilas très pâle » d'après M. Escat, à tel point, ajoute-t-il que l'œil du plus fin coloriste pourrait avoir de la peine à la déceler. L'examen de la gorge devra donc être fait d'une façon attentive ; avec la lumière artificielle la couleur des plaques semble moins nette qu'avec la lumière solaire ; dans les cas difficiles et douteux on emploiera celle-ci, réfléchi par le miroir et on regardera l'arrière-bouche sous diverses incidences.

Le chancre induré de l'amygdale avec ses caractères bien tranchés ne pourra guère donner le change ; quant au chancre simple c'est une rareté, si tant est qu'il existe.

Les affections qui peuvent induire en erreur sont :
L'érosion simple, l'herpès buccal et l'aphte.

L'érosion simple est toujours plus rouge, plus inflammatoire, moins régulière.

Les vésicules d'herpès sont reconnaissables à leurs contours sinueux microcycliques, à leur collerette ou vestiges de collerette épithéliale servant de cadre à la lésion ; enfin ce sont des érosions miliaires aberrantes.

L'aphte se différencie facilement par les quatre caractères suivants : orbicularité parfaite, entaillure en cupule, belle coloration jaune et d'un jaune beurre frais, liseré carmin circonférenciel.

L'hydroa buccal et l'ulcération tuberculeuse ou épithéliomateuse ne tromperont pas un œil exercé.

Disons en terminant qu'une lésion tertiaire pourra être prise pour un accident secondaire (ce qui au point de vue traitement n'a pas grande importance), et que le véritable diagnostic d'une plaque muqueuse doit être corroboré par un ensemble d'autres symptômes.

CHAPITRE V

Plaques muqueuses diphtéroïdes.

La plaque muqueuse au lieu de guérir, peut se couvrir d'une fausse membrane simulant celle de la diphtérie.

HISTORIQUE. — Cette variété a été vue pour la première fois dans la région vulvaire par Davasse et Deville en 1845. « Nous avons observé trois fois, une disposition assez particulière de plaques muqueuses se couvrant d'une exsudation grisâtre ou jaunâtre, ferme, compacte, adhérente, ressemblant en tout aux couches de la diphtérie. » Mais ils n'en signalent pas l'existence à la gorge. Grisolles parle des plaques muqueuses buccale et pharyngée se recouvrant souvent d'une couche diphtérique. Bazin met en garde contre la possibilité de confondre ces plaques muqueuses ulcérées de la bouche et de l'isthme du gosier avec une stomatite mercurielle ou une angine diphtérique.

Martellière les désigne sous le nom de plaques à aspect diphtéritique.

Le professeur Fournier remplace l'adjectif diphtéritique par celui de diphtéroïde et décrit les « papules porcelaniques siégeant à la vulve. »

Le professeur Cornil étudie la fausse membrane au point de vue anatomo-pathologique.

Mauriac dans ses leçons sur les maladies vénériennes insiste sur les pharyngopathies syphilitiques et les fausses membranes diphtéroïdes qui peuvent les recouvrir.

Barthélemy et Balzer observent aussi cette forme dans la région gutturale ; la confluence de ces plaques peut être telle, disent-ils, que « les piliers, la luette et la plus grande partie du voile du palais se trouvent complètement tapissées par une nappe grisâtre ou blanchâtre de syphilides secondaires. C'est alors que celles-ci méritent bien d'être qualifiées de diphtéroïdes. »

Enfin Robin et Dégueret, puis Bourges, font une bonne étude de la question.

ETIOLOGIE. — A vrai dire il n'existe pas de cause prédisposante ou déterminante bien nette, quoiqu'on ait voulu faire jouer au froid un rôle indéniable.

DESCRIPTION. — C'est dans les premiers mois de la période secondaire que survient cette angine diphtéroïde ; elle peut même apparaître en pleine période de traitement. Le début est brusque, marqué par une légère température et des douleurs pharyngées que l'on ne trouve pas dans les plaques muqueuses ordi-

naïres. Cette douleur, symptôme constant, est caractérisée par une gêne très vive de la déglutition même à vide, par une sensation de chaleur à la gorge et des irradiations pénibles du côté des oreilles avec bourdonnements et quelquefois surdité passagère. Avec cela, l'état général est mauvais, le malade est pâle et courbaturé. Mais ces troubles généraux s'apaisent généralement assez vite car la lésion est instituée en quelques jours. Par contre les phénomènes douloureux persistent. La fétidité de l'haleine, observée dans le chancre amygdalien, semble manquer ici, bien que Mauriac ait signalé l'existence d'un goût infect dans la bouche. L'adénopathie est constante et bilatérale : les ganglions péripharyngiens sont pris le plus souvent, mais les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont d'après Robin quelquefois les seuls atteints. Ces ganglions, indurés, rarement très douloureux, n'aboutissent jamais à la suppuration ; ils n'atteignent jamais non plus des dimensions comparables au cou proconsulaire de Saint-Germain.

EXAMEN DE LA GORGE. — Ce qui frappe tout d'abord c'est la rougeur de toute la gorge ; l'hypertrophie amygdalienne est aussi la règle. Si l'examen a été fait avant la poussée diphtéroïde on a vu la plupart du temps à la surface des amygdales, des plaques muqueuses ordinaires, lesquelles sont devenues par la suite diphtéroïdes ; mais cette marche n'est pas nécessaire et il peut survenir des plaques muqueuses diphtéroïdes d'emblée. Ces fausses membranes à aspect grisâtre, blanc sale, peuvent présenter toutes les dimensions et

devenir confluentes au point d'occuper la majeure partie de l'arrière-gorge. Leur siège habituel est les amygdales, les piliers, la luette ; le pharynx à cet égard jouit d'une immunité remarquable due sans doute à l'absence de papilles sur cet organe.

Tantôt enchâssées dans la muqueuse, tantôt à bords élevés et saillants, elles présentent une adhérence intime avec la muqueuse sous-jacente ; celle-ci saigne assez facilement quand on fait des efforts pour les détacher. Leur épaisseur peut varier de un à deux millimètres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FAUSSE MEMBRANE. — Nous empruntons à M. le P^r Cornil la description anatomopathologique de la fausse membrane :

Un fragment de fausse membrane dissocié dans l'eau ou l'alcool au tiers et coloré par le picro-carmin laisse voir au microscope « des cellules lymphatiques avec tous leurs caractères, les unes petites et ne contenant qu'un noyau, d'autres plus grosses avec des noyaux rameux ; quelques-unes présentant des prolongements amiboïdes ; des cellules épithéliales, se présentant sous forme de lamelles minces, atrophiées, plissées, avec leur noyau allongé ou ratatiné ; tantôt des cellules plus épaisses à prolongements irréguliers et à facettes, tantôt des cellules crénelées du corps muqueux de Malpighi, unies les unes aux autres ou isolées, avec leurs noyaux ovoïdes. On rencontre quelquefois aussi de grosses cellules épidermiques, globuleuses, dont le protoplasma colloïde fixe le picro-carmin, et qui sont analogues à celles que l'on trouve dans les fausses membranes de l'angine diphthérique ». — Elastique et résistante la

fausse membrane ne se laisse pas facilement déchirer par l'aiguille. Un de ces petits fragments laisse voir sur ses bords : « des fibrilles qui se divisent et se subdivisent en prolongements rameux, courts, en forme de bois de cerf ou de buisson épineux. Entre les mailles formées par l'intrication de ces filaments, il existe de petites cavités contenant souvent des cellules lymphatiques. »

En résumé la fausse membrane diphtéroïde a une structure analogue à celle de la diphtérie et comme elle, se compose d'un réticulum de fibrilles fibrineuses englobant dans leurs mailles des globules de pus et des cellules épithéliales.

L'examen bactériologique a donné des cocci, du staphylocoque, du streptocoque et même parfois du bacille de Löffler.

PATHOGÉNIE. — Comment expliquer cette forme d'angine syphilitique ? Il est peu probable que la fausse membrane soit due au virus ou au bacille de la syphilis. Nous avons rencontré cette forme pseudo-membraneuse d'une façon à peu près constante chez nos malades qui avaient subi le morcellement des amygdales. En conséquence, ne se ferait-il pas là une infection secondaire due aux nombreux microbes qui pullulent dans la bouche ? Mais le peu de persistance de cette fausse membrane qui ne survit que deux ou trois jours à l'opération, le peu de symptômes douloureux et réactionnels observés chez nos malades, tendraient à prouver que celle-ci n'est qu'une infection légère et qu'elle diffère assez de la plaque muqueuse diphtéroïde survenue sans mor-

cellement, pour que la déduction tirée de l'une puisse convenir à l'autre.

PRONOSTIC. — Abandonnée à sa propre évolution, l'angine diphtéroïde n'a qu'une tendance très faible à la guérison spontanée. Elle s'éternise et garde toujours la même forme pseudo-membraneuse. Sous l'influence d'un traitement approprié, elle guérit suivant deux processus bien décrits par Hauttemment : 1° de la périphérie vers le centre il se forme une résorption progressive, découvrant peu à peu une muqueuse d'un rouge plus ou moins violacé mais généralement sans traces d'ulcération. Cette forme s'observe surtout au niveau du voile palatin et de ses piliers. 2° Le centre de la fausse membrane perd sa cohésion, se désagrège, s'en va en une bouillie jaunâtre et une ulcération plus ou moins profonde à fond généralement inégal, couvert d'un muco-pus épais et jaunâtre apparaît ; cette ulcération disparaît assez vite sous l'influence de quelques cautérisations, parfois elle peut résister un certain temps au traitement.

DIAGNOSTIC. — Une lésion tuberculeuse ou épithéliomateuse ou même une syphilide tertiaire de l'amygdale ne donneront presque jamais le change.

Le chancre de l'amygdale qui se recouvre parfois d'une fausse membrane, ne trompera pas non plus, et il sera assez facile de le dépister grâce à ses caractères d'unilatéralité, au retentissement ganglionnaire plus intense, à la dysphagie plus vive.

La difficulté ne sera guère augmentée dans le cas d'angine franche pultacée et d'angine herpétique quand

une fausse membrane se forme à la surface de cette dernière. Sans insister sur les débuts de ces deux affections, début toujours bruyant, et sur les symptômes propres à chacune d'elles, leur évolution en une huitaine empêchera de les confondre avec l'angine syphilitique, affection trainante et de longue durée.

Le diagnostic deviendra un peu plus embarrassant quand on aura affaire à une de ces nombreuses affections que l'on peut appeler les fausses diphtéries, dont la caractéristique est une fausse membrane et l'allure clinique le plus souvent la bénignité. Les microbes rencontrés dans ces exsudats sont par ordre de fréquence décroissante : le streptocoque (Würtz et Bourges), — le staphylocoque (Netter) et plus rarement le pneumocoque (Jaccoud et Ménétrier), — des cocci (Roux, Yersin, Martin), — le bacterium coli (Barbier), — l'oïdium albicans (Teissier, Troisier et Achalme), — le bacille de Friedlander (A. Hébert) — et le tétragène (Dieulafoy et Appert), — sauf pour l'angine streptococcique pseudo membraneuse où le début est bruyant, la température élevée, la dysphagie très vive et l'adéno-pathie très grande, qui en un mot, présente un tableau dramatique, la caractéristique générale de ces fausses diphtéries c'est la bénignité.

L'angine de Vincent ressemble, par certains signes, à l'angine syphilitique diphtéroïde : sur l'amygdale on voit en effet une fausse membrane crayeuse, rappelant une tache de bougie. Le début est insidieux sans réaction fébrile intense, les ganglions sous-maxillaires sont pris et la dysphagie, supportable, peut persister trois

ou quatre semaines. A côté de ces ressemblances, nous trouvons des différences nettes qui établissent le diagnostic : d'abord l'examen bactériologique montrera un bacille fusiforme avec des spirilles. De plus la fausse membrane est unilatérale et peu adhérente ; c'est le contraire dans la syphilis. L'angine de Vincent s'accompagne de fétidité de l'haleine, d'un état saburral de la langue et d'une abondante salivation ; non soignée elle aboutit à l'ulcération et elle a comme spécifique le bleu de méthylène.

Mais c'est surtout la diphtérie qui prête le plus à confusion. Règle générale, la diphtérie s'accompagne de phénomènes généraux graves : pâleur, pouls petit, oscillant entre 100 et 130, frisson ; la température monte à 40° et plus ; troubles digestifs, soif ardente, vomissements ; à cela fait toujours suite une adynamie profonde.

Dans la syphilis l'état général est relativement bon et la dysphagie le plus souvent vive.

La fausse membrane présente des différences suivant le cas ; celle de la syphilis est plus épaisse et plus adhérente et ne se laisse pas enlever au pinceau. Légèrement adhérente dans la diphtérie, elle se reproduit avec une facilité extrême et laisse voir au-dessous d'elle une petite érosion rouge qui n'est jamais aussi nette que l'ulcération syphilitique.

Les deux maladies varient également dans leur évolution : traitée, la diphtérie guérit en quelques jours, abandonnée à elle-même elle s'accompagne de symp-

tômes graves : diphtérie laryngée, nasale, paralysies, néphrite, etc.

Un des meilleurs signes différentiels se tire des parties envahies : la diphtérie reste rarement cantonnée dans le pharynx antérieur et en deux ou trois jours gagne la paroi postérieure, point toujours respecté par la syphilide secondaire.

Si l'histologie ne nous donne pas de renseignements et conclut à l'identité de structure des deux membranes, il n'en est pas de même de la bactériologie (bien que, quelquefois, on trouve du bacille de Löffler dans la membrane syphilitique).

Pour cela, deux procédés :

1° L'examen sur lamelle au microscope.

2° L'ensemencement de débris de membranes dans du sérum stérilisé et gélatinisé.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous étudierons le traitement de l'angine syphilitique secondaire type, c'est-à-dire de l'angine avec hypertrophie amygdalienne et plaques muqueuses que celles-ci soient ou non recouvertes de fausses membranes : c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent.

Le traitement devra être : 1° général, 2° local.

I. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Si les praticiens ne sont pas d'accord pour savoir combien de temps on doit donner du mercure au début de la syphilis, si au traitement mercuriel systématique de Fournier, Diday oppose un traitement essentiellement intermittent, il y a un point sur lequel tous sont d'accord à savoir : qu'en présence d'accidents, il faut donner du mercure.

L'accord semble se faire aussi pour donner la préférence aux injections intra-musculaires de sels insolubles.

Mais quel sel doit-on employer ? Jullien après les avoir tous étudiés, reste un peu dans l'indécision, laissant cependant percevoir une légère préférence, ainsi que Fournier, pour le calomel. M. le Dr Thibierge préfère l'huile grise et M. le professeur Dieulafoy recommande l'huile biiodurée. Les trois bien maniés sont bons et rendent des services. Sans insister sur les doses et la technique opératoire de ces injections, nous rappellerons que le point d'élection est la partie supérieure de la fesse qui est à l'abri des pressions dans le décubitus dorsal, sur une bande de deux travers de doigt de haut et de trois travers de doigt de large, dont le bord externe est situé à trois centimètres en arrière du grand trochanter et le bord supérieur à deux centimètres au-dessus du bord supérieur de ce trochanter.

Quelquefois, les malades refusent les piqûres, alors suivant les cas, on emploiera les pilules de protoïdure, la liqueur de Van Swieten ou les frictions.

Quant à l'iodure de potassium, il semble bien déchu de son ancien rôle ; dans un cas cependant, nous le recommanderons : dans l'hypertrophie énorme des amygdales, quand cette hypertrophie dure depuis des mois et que le malade s'oppose à un traitement chirurgical.

II. — TRAITEMENT LOCAL.

Si le traitement général doit toujours être institué en présence d'accidents secondaires de la gorge, nous ajoutons aussitôt que celui-ci ne suffit pas et qu'il faut lui adjoindre le traitement local. Et si nous avions à choisir un de ces deux traitements à l'exclusion de l'autre, nous le disons bien haut, nous opterions sans hésitation pour ce dernier.

Par traitement local nous entendrons d'abord :

A. — L'hygiène et la propreté de la bouche, les lavages et les gargarismes fréquents.

Bien que certains renient le chlorate de potasse, nous n'avons guère employé que lui chez nos malades et nous nous en sommes bien trouvé. *L'hygiène, la propreté de la bouche seront incontestablement les facteurs les plus puissants de guérison et sans eux tout le reste sera vain.*

A cela nous ajouterons :

B. — Les cautérisations des plaques.

On éliminera les caustiques qui sont trop forts comme l'acide sulfurique ou l'acide chromique et les trop faibles comme le sulfate de cuivre ou le chlorure de zinc. Nous repousserons également le nitrate acide de mercure pour donner la préférence au crayon de nitrate d'argent et à la glycérine iodée au 1/10. Dans

le service de M. le Dr Thibierge les plaques sont cautérisées légèrement tous les deux jours au crayon de nitrate ; quand elles sont trop nombreuses et confluentes on ne touche que celles d'un côté à chaque séance : cette méthode est excellente et nous a toujours donné de bons résultats. Un point à retenir c'est qu'il ne faut pas irriter la plaque.

Nous renvoyons à la thèse de notre ami M. Dr Arnal, (thèse de Paris 1904), pour une méthode de traitement des plaques muqueuses par les attouchements au bleu de méthylène, méthode qui a donné de bons résultats.

Mais malgré le traitement général, malgré les cautérisations répétées, l'hypertrophie amygdalienne ne rétrocede pas ou rétrocede très peu. Cette hypertrophie est une cause de gêne constante et un foyer tout prêt pour l'éclosion ultérieure de nouvelles plaques. Dans ce cas nous recommandons une méthode de traitement sinon nouvelle du moins délaissée depuis longtemps.

C. — Le morcellement de l'amygdale.

En France les chirurgiens ont toujours fait avec appréhension des opérations sur des syphilitiques. Il y a plus de 25 ans, Jullien écrivait : « Chez les syphilitiques en puissance d'accidents à cause sans doute de l'anémie dont ils sont frappés, l'hémostase rencontre parfois les plus grandes difficultés ; une minime opération peut devenir l'origine d'hémorragie extrêmement grave.

Il est donc sage de leur refuser toute intervention qui ne présente pas un réel caractère d'urgence. »

M. Gouguenheim (comme le prouve l'observation VI), quoique faisant des réserves dans certains cas, a enlevé des amygdales sans le moindre accident.

Si la crainte de l'hémorragie commandait l'abstention, la présence de plaques muqueuses était une contre-indication de plus à l'ablation des amygdales. Dans sa thèse inaugurale de 1875, faite sous l'inspiration de Verneuil, M. L. H. Petit conclut que chez les syphilitiques les lésions traumatiques prennent un aspect particulier et suivent une marche anormale.

En Italie le pessimisme était moins grand : M. Gamberini rapporte que le professeur Rizzoli ne se souvenait pas que ni la syphilis latente ni même la syphilis *in actu*, pour les plaies petites ou légères eussent eu quelque influence. Barduzzi et Folinea ne reconnaissent d'influence à la diathèse que lorsque celle-ci a fait subir aux tissus des altérations, des modifications, ou qu'elle est arrivée à la période cachectique.

Après Verneuil qui a une réelle répugnance pour l'intervention, c'est M. Desprès qui dit : « On ne doit pas toucher à ces hypertrophies des amygdales couvertes de plaques muqueuses, elles cessent seules », et il ajoute dans ses leçons orales que ce serait faire de la plaie nouvelle un nouveau foyer de plaques muqueuses.

M. le professeur Cornil est le premier à s'opposer à ce courant d'idées. Pour lui l'hémorragie est rare et légère et la crainte d'une nouvelle infection illusoire. Il rappelle les ablations d'organes hypertrophiques, chez des sujets en pleine manifestation d'accidents secondaires pratiquées par Horteloup, Mauriac, Th. Anger et

les quatre faites par lui-même (dont l'une est reproduite dans notre observation VII) et il fait remarquer qu'elles ont toujours été suivies d'une plaie de bonne nature. Pour M. Cornil donc, la présence de plaques muqueuses n'est pas une contre-indication. Malgré l'autorité de l'éminent professeur et les observations citées par lui, malgré les cas heureux de Gouguenheim, cette intervention est à peu près délaissée. Ainsi dans la thèse de Rouchaud, Bordeaux, 1899, on peut lire : quant à l'ablation de l'amygdale, « nous ne rappelons cette alternative que pour l'éliminer : les hémorragies sont à craindre etc.. » Cependant il ajoute : « dans les cas rebelles à tous les traitements, cautérisation, etc., et même avec la présence de plaques muqueuses on peut conseiller l'ablation de l'organe, mais à l'anse galvanique et en les enlevant l'une après l'autre. »

Les accidents redoutés sont donc : 1° l'hémorragie, 2° l'infection.

Nous rapportons dans nos observations cinq morcellements, nous pourrions même dire six avec l'ablation du chancre de l'amygdale faite par erreur et dont nous avons vu les suites. Si nous n'avions pas été pressés par le temps, nous aurions pu rapporter une vingtaine de cas ; mais ceux que nous possédons suffisent déjà pour nous permettre d'asseoir notre conviction.

L'hémorragie a toujours été insignifiante et n'a guère été plus abondante que pour l'extraction d'une dent.

L'anse galvanique et l'amygdalotome ont été systématiquement laissés de côté et nous ne nous sommes ser-

vis que du morcelleur, instrument bien plus facile à manier.

Après insensibilisation des amygdales avec des attouchements, d'une solution cocaïnée au 1 10, l'opération pour chacune d'elles est faite en un temps ; mais le plus souvent un second coup de pince est nécessaire pour égaliser les parties enlevées et sectionner de petits bouts de glande qui pourraient faire saillie en dedans. Après l'opération on fait sucer des morceaux de glace aux malades et on les fait gargariser avec la solution suivante :

Hydrate de chloral	2 gr.
Sirop diacode	100 gr.
Eau distillée q. s. p.	500 gr.

L'opération n'est pas douloureuse et le reste de la journée les malades ne ressentent qu'un léger chatouillement à la gorge.

Quant à l'infection post-opératoire, voici ce que nous avons observé dans chacun de nos cas, malgré la présence préalable de nombreuses plaques muqueuses sur les amygdales. Le lendemain du morcellement, sur la surface mise à nu par l'incision, on apercevait de chaque côté une fausse membrane blanchâtre grande parfois de un centimètre carré et plus, rappelant la fausse membrane diphtéroïde décrite plus haut. Nous n'en rechercherons pas la cause, due sans doute à l'action des microbes de la bouche. En tout cas, cette fausse membrane n'avait rien de dangereux puisque dès le troisième jour elle commençait à se désagréger et cela

sans cautérisation, sous l'influence de simples gargarismes, pour disparaître complètement et sans laisser de traces, cinq à six jours après. La gêne de la déglutition disparaissait avec elle. A partir de ce jour-là on pouvait encore trouver des plaques muqueuses sur les piliers et la luette mais on n'en voyait plus sur les restes de la glande.

En présence de ces résultats, de la gravité nulle de l'opération, nous ne pouvons que recommander chaudement le morcellement, qui débarrasse à jamais les malades d'une gêne constante et les met à l'abri de l'apparition de nouvelles plaques muqueuses sur les amygdales.

OBSERVATIONS

Observation I (N° 5 thèse de BENOIST, Paris 1890).

Le nommé Joseph X... âgé de 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital Necker, salle Vernois, lit n° 11 *bis*, le 20 novembre 1889 ; il porte sur la ligne médiane, au-dessous de la couronne du gland, une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes et dont les bords indurés sont taillés à pic. Il existe de l'adénite bilatérale ; on trouve surtout du côté gauche, un ganglion volumineux, dont le début remonte à 7 ou 8 jours. Le chancre induré existe déjà depuis une dizaine de jours. Le malade suit un traitement normal. — Le 4 décembre le chancre est complètement guéri, la péri-adénite a considérablement diminué, on sent à la pression la double chaîne ganglionnaire.

Le malade se plaint de douleurs dans l'oreille gauche, c'est alors que les frictions sont portées de 3 à 5 grammes. Le 14 décembre le malade quitte l'hôpital, il continue son traitement.

Le 9 janvier, il se présente à la consultation pour des douleurs d'oreille, il a également de la dysphagie. On ne découvre dans la bouche aucune plaque muqueuse, mais on trouve dans le voile du palais, sur les piliers et sur la luette, une teinte rouge vermillon, nettement délimitée et formant une bande d'un demi-centimètre de largeur. La voix n'est pas manifestement altérée,

quoique un peu couverte ; on conseille au malade de reprendre son traitement qu'il avait interrompu depuis quelques jours.

Observation II (N^o 2, thèse BENOIST, Paris, 1890).

La nommée Blanche X., blanchisseuse, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Necker, le 27 mai 1889, salle Monneret, n^o 29 ; elle présente sur le tronc et les membres des signes certains de roséole et elle a éprouvé avant son entrée à l'hôpital de violents maux de tête s'accroissant dans la soirée ; ces céphalalgies durent depuis deux mois. Elle a des croûtes dans les cheveux et elle les perd en assez grande quantité.

Il existe de l'adénopathie cervicale et inguinale, la malade est très fatiguée et elle souffre d'un violent mal de gorge.

Elle présente en effet une teinte vermillon du voile du palais. Cette teinte s'étend aux piliers antérieurs et postérieurs, elle est nettement tranchée sur le voile du palais. Il existe des syphilides érosives de la lèvre supérieure et des plaques muqueuses à l'anus. La vulve ne présente aucune lésion. La malade est soumise au traitement et les accidents qu'elle présentait à son entrée, ont disparu à sa sortie.

Observation III.

BARTHÉLEMY ET BALZER. Art. Syphilis in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans, vigoureuse campagne venue à Paris et y ayant rapidement contracté la syphilis, dont elle présentait des accidents secondaires non douteux. Bien que l'affection n'eût pas revêtu chez elle la forme dénutri-

tive, la fièvre était assez vive pour que la malade vînt consulter à son sujet. C'est alors qu'en examinant la gorge on trouva les amygdales assez volumineuses, recouvertes de plaques grisâtres, épaisses, confluentes, à peu près indolentes et simulant à s'y méprendre les fausses membranes de la diphtérie. Au point de vue objectif, il était bien difficile de prendre parti. La présence d'autres syphilides érosives et opalines dans la bouche, l'absence de ganglions sous-maxillaires, l'absence d'albumine dans les urines en dépit d'une lésion locale intense, la marche et la durée même des accidents persistant sans que l'état local s'aggravât ; enfin l'action du traitement spécifique furent les véritables éléments de diagnostic.

La guérison d'ailleurs fut facilement obtenue par le traitement mercuriel et par quelques badigeonnages iodés.

Observation IV (Résumée).

A. ROBIN. Leçons de Clinique et de Thérapeutique médicales, XVII^e leçon.

La malade, une jeune fille, se présente à la consultation de la Pitié le 27 août, se plaignant d'avoir de la fièvre, une anorexie absolue et mal à la gorge depuis 5 à 6 jours. Elle avait le visage d'une extrême pâleur, la voix entrecoupée et nasonnée, le pouls fréquent et petit, et malgré la fièvre, malgré la température ambiante élevée, les parties découvertes étaient presque froides. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens étaient douloureux et engorgés au point de déformer la région.

A l'inspection du pharynx, on trouve les deux amygdales, la luette, une partie du voile du palais recouvertes d'un exsudat blanc grisâtre d'aspect cohérent, ressemblant absolument à la

couenne diphtérique. En présence de ces fausses membranes et de l'état général M. Juhel-Rénoy diagnostiqua une angine diphtérique et fit isoler la malade. Le lendemain à sa visite M. Robin la trouva dans l'état suivant : la fièvre était tombée, et bien que la voix fût toujours faible et nasonnée, bien que le visage conservât sa pâleur et que les ganglions fissent une saillie appréciable à l'œil, l'état général avait perdu son caractère de gravité.

On remarquait sur la face antérieure de l'amygdale droite une plaque d'un blanc grisâtre s'étendant jusque sur le pilier antérieur ; l'amygdale gauche était entièrement tapissée par une fausse membrane grisâtre épaisse et paraissant cohérente ; du même côté, l'arcade qui sépare la luette de l'amygdale était recouverte d'une plaque assez étendue pour entourer la luette qu'elle enchâssait à moitié. Sur le voile du palais, s'étendant jusque sur l'os palatin, une plaque ovale, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, séparée des précédentes par un intervalle de 2 millimètres environ et formée d'une pellicule membraneuse assez mince pour qu'il fût possible de voir qu'au-dessous d'elle la muqueuse était exulcérée. Elle semblait d'origine plus récente que les autres. Du moins M. Juhel-Rénoy ne se rappelait pas l'avoir vue la veille. Toutes ces plaques sauf celles du palais, étaient réunies entre elles par des tractus opalins ; leurs bords étaient réguliers, légèrement surélevés sur les parties voisines qui avaient pris une teinte rose plus foncée. L'aspect des plaques était nettement diphtéritique ; mais l'enduit qui tapissait le gosier présentait à l'œil la couleur, la cohérence, l'épaisseur d'une membrane diphtéritique ; en le touchant avec le doigt ou un pinceau, on s'apercevait que cette apparence était vaine et qu'il se détachait facilement sous forme de petits grumeaux à la manière des enduits pultacés.

On trouvait au niveau du triangle sus-claviculaire gauche une belle papule cuivrée. Sur le thorax et l'abdomen de nombreuses macules rougeâtres ; au niveau de la région vulvaire, un grand foyer de plaques cutanées muqueuses d'aspect condylo-mateux. Pléiade ganglionnaire bi-inguinale.

La malade interrogée affirma n'avoir eu qu'un seul rapport sexuel et se rappelait la date : 15 avril. Le premier août en sortant du bain, elle s'aperçut qu'elle avait la peau comme marbrée ; huit à dix jours après, elle remarque qu'elle a des boutons aux parties génitales, des croûtes dans la tête et qu'elle perd ses cheveux. Le mal de gorge ne survint que cinq à six jours avant son entrée à l'hôpital.

Les syphilides gutturales et vulvaires se modifièrent rapidement sous l'influence du traitement hydrargyrique intense et de quelques badigeonnages avec une solution de nitrates d'argent à 2 0/0.

Observation V (D^r GAREL de Lyon).

En juin 1892, un jeune homme accompagné de sa mère se présente au cabinet de M. Garel ; il déclare ne plus pouvoir avaler sans douleur depuis trois mois. Cette dysphagie chronique met aussitôt sur la voie de la syphilis et il est procédé dans ce sens à un examen minutieux. Cet examen ne permet de déceler dans la bouche aucune plaque muqueuse : les amygdales ne sont pas non plus hypertrophiées. Tout au plus relève-t-on une coloration rouge du voile du côté gauche et une teinte opalescente des deux piliers.

Le pilier postérieur droit présente en outre un papillome réticulé. Le diagnostic de visu était donc fort délicat : il était impos-

sible d'interroger le jeune homme devant sa mère, et il n'offrait aucun stigmate de syphilis secondaire, si ce n'est quelques croûtes au cuir chevelu (?). Le diagnostic fut maintenu cependant, et avec raison, car le malade, revenu seul le lendemain, avouait avoir contracté la syphilis en janvier.

Observation VI (N° 4. Th. GILLES, Paris, 1882).

Eugénie L .., 18 ans, antécédents personnels de nature scrofuleuse, fréquents maux de gorge, contracta, il y a environ deux mois et demi, un chancre de la fourchette. La malade entre d'abord à Saint-Louis, puis dans le courant d'avril à Lourcine, salle Saint-Clément, dans le service de M. Gouguenheim. Elle présentait une poussée de plaques muqueuses dans la gorge, une hypertrophie très considérable des amygdales qui, très violacées et tuméfiées et couvertes de plaques, obstruaient presque complètement l'isthme du gosier.

Douleurs d'angine très violente.

La malade est soumise au traitement mercuriel, et une fois la guérison des plaques muqueuses amygdaliennes et la cessation de l'inflammation obtenues par les cautérisations au nitrate d'argent et les gargarismes boratés, M. Gouguenheim pratique l'ablation de l'amygdale droite au moyen de l'amygdalotome.

La malade sort guérie de sa plaie et rentre le 10 mai 1882, même salle, lit n° 24, pour une vaginite.

L'examen de la gorge montre la parfaite cicatrisation de la plaie, l'amygdale gauche reste de la grosseur d'une petite noix, il n'y a pas d'ulcération, et pas de gêne pour avaler, la malade sort guérie le 18 mai.

Observation VII (Résumée). Leçons du Pr CORNU, p. 158.

C. L..., âgée de 18 ans, entre le 5 avril 1878 à Lourcine, salle Saint-Clément, lit n° 28. Il y a 2 ans, plaques muqueuses vulvaires soignées à Lourcine. Bien portante depuis; mais il y a quinze jours de nouvelles plaques apparaissent à la vulve; on en trouve cinq ou six non ulcérées, à l'anus.

Ganglions inguinaux droits et gauches, gros et durs.

Plaques muqueuses ulcérées sur l'amygdale et à la face interne des lèvres.

TRAITEMENT. — Liqueur de Van Swieten. Badigeonnage des plaques à la solution de nitrate d'argent. Après 25 jours de traitement la malade sort; les plaques muqueuses ont disparu.

Le 13 juin elle rentre de nouveau à Lourcine. Les plaques muqueuses vulvaires et anales ont reparu, proliféré et sont devenues végétantes. Les amygdales hypertrophiées sont couvertes de plaques muqueuses, opalines, volumineuses, mais non ulcérées. Plaques muqueuses sur le pilier antérieur droit.

L'amygdale gauche est enlevée le 14 juin au moyen de l'amygdalotome.

TRAITEMENT. — Liqueur de Van Swieten, gargarismes émollients, cautérisation des parties atteintes au nitrate d'argent.

Le 18. — La plaie résultant de l'ablation de l'amygdale gauche est entièrement cicatrisée. On n'y trouve aucune trace de plaque muqueuse. Par contre, les plaques qui couvraient l'amygdale droite sont à peine diminuées.

Le 28. — Plus de plaques muqueuses à la gorge.

Deux ou trois plaques muqueuses érosives à la base de la langue.

Les plaques muqueuses vulvaires et anales tendent à disparaître.

Observation VIII (*personnelle*) résumée.

La nommée Cécile D., âgée de 17 ans, couturière, rentre le 30 décembre 1903, à l'hôpital Broca, salle Astruc, lit n° 33. Elle présente un chancre mixte de la fourchette ; les ganglions inguinaux sont volumineux, durs, indolores. Acné polymorphe à la partie supérieure du dos. Vers le 10 février 1904, apparaît une roséole folliculaire et en même temps la malade souffre de la gorge mais légèrement ; les amygdales sont rouges et hypertrophiées. On met la malade au traitement mercuriel : piqûres d'huile grise.

Vers le 15 mai les douleurs de gorge reviennent mais plus vives que la première fois. Les deux amygdales sont augmentées de volume la droite énuclée en dedans ; la gauche repousse en avant le pilier antérieur qui est bombé et tendu ; de ce côté là, le voile du palais paraît fortement infiltré. Rougeur vive, vernissée dans toute l'arrière-gorge. Pas de plaques muqueuses sur les piliers et les amygdales. A la partie antérieure de la luette on aperçoit une petite érosion de forme ovale, presque arrondie, grande comme une lentille. Les bords ne forment pas relief sur les parties voisines ; la partie centrale, à peine excavée, présente un aspect légèrement opalin qui tranche nettement sur le reste de la luette franchement rouge. Au-dessus, ulcération semblable mais plus petite.

A la base de la luette du côté droit et gagnant le pilier antérieur on voit une érosion qui a les mêmes caractères et a une couleur de verre dépoli.

Adénopathie sous-maxillaire. La malade sort le 26 mai 1904 après une seule cautérisation au nitrate d'argent.

Observation IX (*personnelle*). Morcellement.

Berthe H... lingère, 22 ans, entre le 5 mai 1905 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Fracastor, lit n° 8.

Dans la seconde moitié d'avril 1904, la malade s'aperçut d'une éruption sur le corps, n'occasionnant pas de démangeaison. Rien dans la bouche à ce moment-là, pas de chute de cheveux. Toutefois la malade souffrait de maux de tête principalement la nuit. Dans les derniers jours d'avril et les premiers de mai, des douleurs légères à la gorge survinrent caractérisées par des picotements et une gêne pour avaler. En même temps apparut une adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

A la rentrée à l'hôpital, on voit une roséole discrète; les ganglions cervicaux sont durs et indolents; la malade perd un peu ses cheveux, se plaint de la gorge et de céphalée nocturne. M. le Dr Thibierge fait le diagnostic de syphilis et ordonne le traitement suivant : piqûres d'huile grise et iodure de potassium. Examen de la gorge : amygdales très volumineuses, de la grosseur d'une noix, énucléées en dedans. A la partie antérieure de l'amygdale gauche : ulcération arrondie de 1 centimètre environ de diamètre, à fond rouge et bords blanchâtres, paraissant légèrement œdématisée. Sur les deux amygdales on voit plusieurs granulations blanchâtres. Les piliers, la luette, le voile du palais sont de couleur rouge vernissé mais ne présentent pas d'ulcérations. Adénopathie sous-maxillaire. Le 18 mai 1904 M. Dr Sarremone pratique le morcellement des deux amygdales et

ordonne un gargarisme au chloral. Le 20, la gêne de la déglutition a un peu diminué et cependant on voit de chaque côté sur la partie mise à nu par le morcellement et recouvrant complètement cette surface, une plaque d'un blanc de porcelaine de 2 centimètres environ et ressemblant à une fausse membrane.

Le 21 la malade quitte l'hôpital. Elle revient le 25 à la consultation ; à ce moment-là, on voit dans la gorge : à gauche, une ulcération à la partie antérieure de l'amygdale de 1/2 centimètre de hauteur sur 1/4 à peu près de largeur, et à fond rougeâtre ; au-dessus 2 ou 3 ulcérations beaucoup plus petites et recouvertes d'un enduit blanc jaunâtre. A droite l'amygdale présente également à sa partie antérieure une petite ulcération. Quant à la partie mise à nu par le morcellement elle ne laisse plus voir ni à gauche ni à droite cette membrane blanche que l'on trouvait 2 jours après l'opération et il ne reste plus sur cette surface que 2 ou 3 petites taches jaunâtres de la grandeur d'un grain de blé.

On touche ces ulcérations avec de la glycérine iodée au 1/10, chez elle la malade fait des gargarismes au chlorate de potasse. Le 1^{er} juin la malade revient à la consultation, elle ne souffre plus du tout de la gorge et l'examen ne laisse plus voir trace de plaque ni sur les amygdales ni sur les piliers. Le traitement général est continué à domicile.

Observation X (*personnelle*).

Germaine B., âgée de 19 ans, brodeuse, rentre le 31 mai 1904 à l'hôpital Broca dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Astruc, lit n° 23. Dans les premiers jours de mai elle avait res-

senti une douleur pour avaler les aliments et quelques jours après le début de cette gêne de la déglutition, s'était aperçue de boutons à la vulve et sur le corps. C'est pour ces boutons qu'elle vient à la consultation de Broca. A son entrée elle présente des plaques muqueuses hypertrophiques à la vulve couvrant les grandes lèvres de chaque côté ; sur les petites lèvres on voit des végétations. Les plis génito-cruraux et la face interne des cuisses sont couvertes de plaques hypertrophiques qui s'étendent aussi dans la région périnéale.

Les ganglions inguinaux droits et gauches sont durs et indolores ; de même les ganglions cervicaux. Roséole sur le corps. Diagnostic : syphilis. Traitement piqures : d'huile grise et cautérisations des plaques au nitrate acide de mercure. La malade se plaint également de la gorge. Les amygdales sont grosses, très rouges, d'un rouge vernissé ; cette rougeur siège encore sur le reste de la gorge. A gauche rien sur le pilier mais deux petites ulcérations blanchâtres, comme des taches, sur l'amygdale. A droite sur l'amygdale la rougeur alterne par endroits avec une teinte opaline : une seule plaque muqueuse sur la face interne grande comme une lentille. On prescrit des gargarismes au chlorate de potasse et on fait tous les deux jours des attouchements au crayon de nitrate d'argent. La malade quitte l'hôpital le 7 juin, elle ne souffre pas de la gorge ; les plaques des amygdales tendent à disparaître ; l'hypertrophie des amygdales et la rougeur de la gorge persistent ainsi que les plaques hypertrophiques de la vulve.

Observation XI (personnelle). Morcellement.

La nommée Rose R., âgée de 18 ans, domestique, entre le 15 avril 1904 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le D. Brocq,

salle Cullerier, lit n° 8. Dès les premiers jours de janvier 1904, commence à perdre ses cheveux. En février est soignée à Saint-Lazare pour la blennorrhagie puis pour la gale. En même temps que la gale apparaissent une roséolé et des plaques de la peau ; de plus la malade souffre de la gorge pour manger et avaler la salive.

A ce moment-là, nous dit-elle, les amygdales étaient grosses et on les lui toucha à trois reprises avec le crayon de nitrate d'argent. La malade est soumise aux frictions mercurielles. Elle sort de St-Lazare le 25 mars, les accidents ayant disparu. Une vingtaine de jours après sa sortie, le 13 avril, elle s'aperçoit d'une grosseur dans la région inguinale gauche et c'est pour cela que la malade entre à l'hôpital Broca. Avec les renseignements antérieurs, l'alopecie sourcilière et du cuir chevelu devenue intense, l'adénopathie inguinale et cervicale on fait le diagnostic de syphilis et on ordonne la liqueur de van Swieten. La grosseur inguinale était un bubon que l'on ouvre au bistouri. Dans la première semaine de mai survient une dysphagie beaucoup plus vive que la première fois à St-Lazare. Les amygdales sont hypertrophiées, principalement la droite, rouges et opalines par endroits ; sur chacune d'elles siègent 3 ou 4 plaques muqueuses. Le 11 mai le Dr Sarremone pratique le morcellement de l'amygdale droite mais la malade se refuse à se laisser couper la gauche. Le lendemain sur la partie mise à nu par l'opération on voit une surface blanc-grisâtre de 2 centimètres environ de hauteur et ressemblant à une fausse membrane. La malade se plaint pour avaler et les douleurs s'irradient vers l'oreille droite. Mais 5 à 6 jours après, avec des gargarismes au chloral et au chlorate de potasse, les douleurs s'apaisent et la fausse membrane disparaît complètement. Le 18 mai on

n'observe rien d'anormal à droite, mais à gauche les plaques persistent. Puis malgré le traitement général on voit apparaître 2 plaques muqueuses, l'une sur le bord gauche de la langue, l'autre sur la partie interne de la lèvre inférieure gauche au niveau de la commissure; mais la malade nous avoue qu'elle prend irrégulièrement sa liqueur de van Swieten et la présence de œvi fessiers multiples empêchent l'emploi des piqures. Les plaques de l'amygdale et de la bouche sont traitées au bleu de méthylène. Le 9 juin, dernier jour où nous avons examiné la malade, la gorge du côté droit ne présente rien d'anormal, mais les plaques à gauche persistent.

Observation XII (*personnelle*) résumée.

Mélanie H... 25 ans, blanchisseuse, entre le 17 mai 1904 à l'hôpital Broca dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Astruc, lit n° 8, parce qu'elle souffre de la gorge et qu'elle a des boutons aux parties génitales. Elle présente une syphilide pigmentaire et des cicatrices à la région cervicale. Avec cela chute de cheveux. Blennorrhagie sur les grandes lèvres, plaques muqueuses plus développées à gauche.

Examen de la bouche. — Gingivite à droite (maxillaire inférieure). Amygdales très hypertrophiées, mamelonnées, de la grosseur d'une noix; plaques muqueuses à droite sur le pilier antérieur et sur l'amygdale; à gauche les plaques sont plus nombreuses qu'à droite. En outre on voit une rougeur très vive, vernissée occupant toute l'arrière-gorge y compris la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais sur une largeur de un centimètre environ. Traitement: Piqures d'huile grise, gargarismes au chlorate de potasse, cautérisations des plaques buc-

cales tous les deux jours au nitrate d'argent et des plaques vulvaires au nitrate acide de mercure. Le 25 mai : les plaques tant à la gorge qu'à la vulve ont à peu près disparu mais la rougeur et l'hypertrophie amygdalienne persistent comme au premier jour. La malade sort le 8 juin.

Observation XIII (*personnelle*).

Ablation d'un chancre induré de l'amygdale.

Ernestine M... 24 ans, domestique, entre le 17 mai à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Astruc lit n° 2.

Dans les premiers jours d'avril 1904 souffre de la gorge et est soignée en ville pour un abcès de l'amygdale droite. Cet abcès persistait depuis quelques jours, quand survint une ulcération sur l'amygdale gauche. Les détails de la malade sur les caractères de cette seconde lésion sont peu nets. Le fait est, que souffrant de la gorge, elle va dans une clinique en ville où on lui coupe cette amygdale gauche. Malgré cela, les douleurs continuèrent encore pendant 15 jours ; lasse de souffrir et commençant en outre à ne pas voir clair de l'œil gauche elle rentre à l'hôpital Broca. L'examen à ce moment-là donne : roséole sur le corps ; iritis de l'œil gauche ; adénopathie sous-maxillaire très marquée, à gauche ; gêne de la déglutition. Aux organes génitaux on ne trouve pas trace de chancre ni de plaque muqueuse malgré l'examen le plus attentif. On fait le diagnostic de syphilis et en présence de cette adénopathie gauche sous-maxillaire très manifeste on ajoute que sans nul doute l'accident initial siégeait sur l'amygdale gauche et avait été opéré par erreur.

Examen de la bouche. — Ulcération à la face interne de la lèvre supérieure peu profonde, à bords légèrement infiltrés. Le fond de la gorge est rouge vif ainsi que les piliers, la luette et le voile. Les amygdales sont hypertrophiées. Sur le pilier antérieur droit on voit une ulcération ovale siégeant à la fois sur le pilier et l'amygdale, à fond blanc jaunâtre et grenu. Rien sur l'amygdale. A gauche, au contraire, sur l'amygdale, on voit 3 ou 4 petites ulcérations de la grandeur d'un grain de blé et à surface blanc grisâtre. A la base, à droite, on voit une plaque muqueuse.

Traitement. — Piqûres d'huile grise. Instillation d'atropine, gargarismes au chlorate de potasse et cautérisation des plaques au nitrate d'argent.

Le 7 juin les plaques ont disparu, il ne reste qu'une rougeur de la gorge et une légère infiltration du pilier droit. La malade continue le traitement général.

Observation XIV (personnelle).

Marcelle S..., âgée de 20 ans, découpeuse, entre le 23 avril 1904, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge. Elle avait été soignée à St-Louis en février 1904 pour la syphilis : pilules et piqûres pendant quinze jours. Dans ses antécédents personnels nous trouvons une grossesse il y a quatre ans : garçon venu à huit mois, mort un mois après, et une seconde grossesse il y a un an et demi : fille venue à terme, morte de méningite à 15 mois.

Elle rentre à l'hôpital parce qu'elle souffre de la gorge, qu'elle ne peut ni avaler, ni parler : la voix en effet est éteinte. On voit une roséole discrète, apparente au niveau des aisselles. A

l'examen de la bouche on trouve une légère stomatite et l'on aperçoit une pléiade de plaques sur la langue, les lèvres, les amygdales et les piliers ; de plus les amygdales sont hypertrophiées et bosselées. Mais ce qui frappe surtout c'est la rougeur de l'arrière-gorge : cette teinte est très vive, absolument vermillon ; elle siège sur les piliers, la luette et couvre la partie postérieure du voile du palais sur une largeur de 1/2 centimètre environ. L'examen du larynx montre une rougeur semblable sur les cordes vocales. On met la malade au traitement mercuriel : piqûres d'huile grise, puis tous les 2 jours on pratique des cautérisations soit au nitrate d'argent, soit à la glycérine iodée. Avec cela on ordonne des gargarismes au chlorate de potasse.

Le 9 juin, les plaques muqueuses ont complètement disparu, mais la rougeur persiste dans l'arrière-gorge et sur les cordes vocales et la voix de la malade reste toujours éteinte. Les amygdales sont toujours hypertrophiées.

Observation XV (*personnelle*). Morcellement.

Alphonsine V., âgée de 16 ans, brunisseuse, entre le 19 mai 1904 dans le service de M. le Dr Thibierge, hôpital Broca, salle Van Swieten, lit n° 11. En avril dernier, elle fut soignée à Saint-Louis où elle prenait, nous dit-elle, des pilules et des injections de permanganate de potasse. A son entrée elle présente une roséole, des plaques hypertrophiques de la vulve et des grandes lèvres, des ganglions inguinaux durs et indolores. On fait le diagnostic de syphilis et on met la malade aux piqûres d'huile grise.

La malade se plaint aussi de la gorge, et depuis le mois d'avril

dernier elle souffre en avalant les aliments et même la salive. A l'examen de la bouche, on ne trouve rien d'anormal sur les lèvres, les joues, la langue. Les amygdales sont hypertrophiées principalement la gauche qui atteint le volume d'une noix. Leur surface est mamelonnée et présente une rougeur diffuse pas très vive, alternant par endroits avec des parties moins colorées et presque rose pâle. Cette rougeur s'accroît sur les piliers où elle s'étend à peu près uniformément. On la trouve encore sur la luette, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx. Sur la partie antérieure de l'amygdale gauche on voit une ulcération à forme circulaire ou légèrement ovale de un demi-centimètre de diamètre environ. Les bords ne sont pas nets et ne font pas saillie ; ils semblent même manquer sur la partie postéro-supérieure. La partie centrale légèrement excavée et finement grenue, présente un aspect blanc jaunâtre. Au-dessus de cette plaque, on en aperçoit deux autres régulièrement sphériques de la grandeur d'une lentille. Sur l'amygdale droite on voit plusieurs petites ulcérations ne faisant pas non plus saillie, à partie centrale déprimée et de même couleur que les précédentes. Rien sur les piliers ni sur la luette ; adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Le 25 mai les amygdales sont toujours hypertrophiées et couvertes de plaques muqueuses. La malade souffrant pour avaler, demande elle-même à ce qu'on la débarrasse de ses amygdales. Le morcellement est pratiqué par M. le Dr Sarremone qui prescrit après, un gargarisme au chloral. Le 26 mai la malade souffre moins de la gorge et avale avec plus de facilité ; et cependant sur la place mise à nu par le morcellement, on voit à gauche une fausse membrane blanchâtre rappelant celle de la diphtérie, et à droite deux ou trois membranes de même aspect, mais plus petites.

Le 1^{er} juin. — Les fausses membranes ont disparu et avec elles les douleurs de gorge et la gêne de la déglutition. A droite l'amygdale est complètement indemne et on ne voit plus qu'une plaque muqueuse de la grandeur d'une lentille à la partie supérieure du pilier antérieur, au niveau de la commissure. L'amygdale gauche présente encore 2 ou 3 petites taches blanchâtres. Le 10 juin, la malade ne se plaint plus le moins du monde de la gorge et à l'examen, on ne voit plus trace de plaques muqueuses.

Observation XVI (*personnelle*).

Louise V..., âgée de 17 ans, vendeuse, entre le 26 mai 1904 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Fracastor, lit n° 13. Depuis 15 jours, la malade présente une ulcération sur la partie moyenne de la lèvre inférieure, un peu à gauche, à cheval sur la muqueuse et l'épiderme. Elle a une superficie d'une pièce de 20 centimes et est recouverte d'une croûte dans sa partie épidermique, et ulcérée, suintante, jaunâtre dans sa partie muqueuse. Cette ulcération repose sur une base indurée. Avec cela, on trouve une adénopathie sous-maxillaire assez marquée, plus développée à gauche qu'à droite ; sur le corps, des taches de roséole commencent à apparaître. Diagnostic : syphilis. On met la malade au traitement mercuriel : piqures d'huile grise.

Le 3 juin. — La malade commence à souffrir de la gorge et à ressentir des picotements. A ce moment, l'examen de la bouche laisse voir une rougeur caractéristique, à teint vif, presque vermillon, siégeant sur les piliers la luette, les amygdales et le voile du palais ; sur celui-ci, la rougeur cesse brusquement. On la voit aussi sur la paroi postérieure du pharynx. Malgré un

examen attentif, on ne découvre pas de plaques muqueuses l'amygdale gauche seule est légèrement hypertrophiée.

Quatre à cinq jours après, on voit surgir deux petites plaques de la grosseur d'un grain de blé sur la partie antérieure de l'amygdale gauche. On touche ces plaques à la glycérine iodée au 1/10 tous les deux jours et le 14 juin, on ne distingue plus d'ulcérations ; la malade ne se plaint plus de la gorge, mais la rougeur, moins vive cependant qu'au début, persiste encore. On continue le traitement hydrargyrique.

•

Observation XVII (*personnelle*).

Marie D... âgée de 17 ans, entre le 27 mai 1904 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Astruc, lit n° 39. La malade avait été soignée à Broca en novembre dernier pour une blennorrhagie. Actuellement elle revient pour des pertes blanches, pour des boutons sur le corps qui occasionnent des démangeaisons surtout la nuit et pour d'autres boutons aux organes génitaux qui ceux-là sont indolores. On fait le diagnostic de blennorrhagie, de gale et de syphilis et on met immédiatement la malade au traitement mercuriel : piqûres d'huile grise. Les boutons des organes génitaux sont en effet des plaques syphilitiques, on n'en voit que deux petites sur les grandes lèvres du côté droit, mais sur les petites lèvres elles sont plus nombreuses et plus larges. Au moment de son entrée la malade ne se plaint pas de la gorge mais elle nous dit avoir une gorge fragile et en souffrir fréquemment avant sa maladie ; l'examen à ce moment-là ne laisse voir rien d'anormal. Cependant quelques jours après, le 1^{er} juin la malade ressent une gêne très vive pour avaler à tel point que la déglutition des aliments solides

est impossible. Les amygdales sont hypertrophiées ; leur volume atteint celui d'une noix. L'arrière-gorge est rouge brillant vernissé ; cette rougeur recouvre la paroi postérieure du pharynx, les amygdales, les piliers, la luette et occupe une zone étroite sur le voile du palais. A droite on ne voit pas de plaques mais à gauche, on en aperçoit une opaline, sur la partie supérieure de l'amygdale. On touche cette plaque tous les deux jours au nitrate d'argent et on fait faire à la malade des gargarismes fréquents, au chlorate de potasse. Le 14 juin la plaque a complètement disparu, ainsi que les douleurs de gorge et la gêne de la déglutition. D'abord décidée, la malade s'oppose alors à l'ablation des amygdales, et elle quitte l'hôpital le 15 ; la rougeur et l'hypertrophie persistent comme au début.

Observation XVIII (*personnelle*). Morcellement.

Lucie B... âgée de 24 ans, couturière entre le 31 mai 1904 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Astruc, lit n° 30. Mariée en 1897 avec un homme tuberculeux, elle a une grossesse en 1899 : fille morte à 7 mois de méningite tuberculeuse à l'hôpital Trousseau et une seconde grossesse en avril 1902, garçon mort à 3 mois. La malade présente des signes très nets de tuberculose pulmonaire et un rétrécissement mitral pour lesquels elle a été soignée à Andral en 1902 et à la Pitié au mois d'avril dernier. En sortant de la Pitié elle va à Lariboisière pour des boutons blancs sur les amygdales. De là on l'envoie à la consultation à Saint-Louis, où le Pr Gaucher fait le diagnostic de plaques muqueuses et ordonne des pilules de Dupuytren et des gargarismes au chlorate de potasse. Puis la malade ne pouvant pas supporter les pilules on les

remplace par du sirop de Gibert. Elle suit son traitement jusqu'à son entrée à Broca. A ce moment-là, elle présente de l'herpès à la vulve et se plaint de la gorge pour avaler.

Les deux amygdales sont énormes, bosselées et énucléées en dedans, surtout la gauche. Toute l'arrière-gorge est d'un rouge vernissé. De plus on voit sur l'amygdale gauche, à la partie antérieure, une large ulcération, irrégulièrement circulaire, légèrement excavée dans son centre et à fond opalin. Au-dessus de cette plaque muqueuse on en aperçoit une autre, régulièrement circulaire, nettement déprimée dans sa partie centrale et de même couleur que la précédente ; sur le tiers supérieur du pilier antérieur droit se trouve encore une plaque semblable aux deux autres. L'amygdale droite, ne présente qu'une seule plaque muqueuse de un demi-centimètre de diamètre environ et franchement opaline. On met la malade au traitement : piqûres d'huile grise, cautérisations au nitrate d'argent, et gargarismes au chlorate de potasse. Le 8 juin les amygdales sont toujours énormes et les plaques persistent ; la malade souffre énormément et demande qu'on la débarrasse de ses amygdales.

Le morcellement est pratiqué le jour même par le Dr Sarre-mone. Le lendemain à la place mise à nu par l'opération, on voit de chaque côté une fausse membrane blanc jaunâtre qui a près de 2 centimètres de diamètre. Néanmoins la malade n'a pas souffert plus que d'habitude et elle a pu prendre des aliments solides le soir même de l'opération.

Malgré nos instances pour la faire rester quelques jours encore, la malade sort le 10 ; nous la prions de venir à la consultation 8 jours après et plus tôt si elle souffre. Nous lui recommandons de se gargariser souvent chez elle avec un garga-

risme au chlorate de potasse. La malade revient en effet le 15, ne souffrant plus de sa gorge et ne ressentant plus la moindre gêne pour avaler. L'examen de la gorge ne montre plus rien d'anormal : non seulement les plaques muqueuses ont disparu mais point très intéressant à noter, la rougeur caractéristique observée pendant la maladie dans l'arrière-gorge a également disparu pour faire place à une teinte normale.

Observation XIX (*personnelle*). Morcellement.

Marie D..., âgée de 17 ans, domestique, entre le 30 avril 1904 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge, salle Van Swieten, lit n° 28, pour des pertes blanches et des boutons aux organes génitaux. L'examen général laisse voir des verrues sur les deux mains, un goître, surtout développé du côté droit, des ganglions inguinaux droits et gauches petits et durs. Pas de roséole, pas de chute de cheveux et rien dans la bouche et dans la gorge. Aux organes génitaux on trouve : des plaques hypertrophiques sur la racine de la cuisse gauche dans le pli génito-crural, au pourtour de l'anus et sur le bord libre des grandes et des petites lèvres. A ce niveau elles sont plutôt érosives ; d'autres ont une tendance marquée à l'ombilication. La malade présentait ses plaques depuis les premiers jours de janvier 1904 et n'avait rien fait comme traitement. Bartholinite à gauche encore peu marquée. La muqueuse du col est rouge et exfoliée. Diagnostic : syphilis et blennorrhagie.

TRAITEMENT : Injections de permanganate de potasse, piqûres d'huile grise et cautérisations au nitrate acide de mercure. Vers le 8 mai, la malade commence à souffrir de la gorge, la douleur ne se manifeste que dans les mouvements de déglutition.

Les amygdales sont hypertrophiées, la droite principalement qui paraît complètement énucléée ; leur surface bosselée a une teinte opaline.

A gauche, sur l'amygdale, on voit cinq ou six petites ulcérations blanchâtres sans configuration bien nette ; le pilier paraît normal. Du côté droit l'amygdale présente à sa partie médiane et antéro-interne une grande plaque circulaire légèrement excavée et à aspect cendré : on dirait qu'une petite toile grise recouvre sa surface. Une plaque de même aspect, mais plus petite siège au-dessus de la précédente ; on en voit également une semblable au niveau de la commissure, sur le pilier antérieur et surplombant pour ainsi dire l'amygdale. On ordonne des gargarismes et on fait tous les deux jours des cautérisations au nitrate d'argent. Malgré cela, malgré le traitement général les plaques persistent un mois après et la dysphagie devient tous les jours plus intense. Nous conseillons à la malade l'opération et le morcellement des amygdales est pratiqué le 8 juin par M. le Dr Sarremone.

Le lendemain sur la place mise à nu par le morcellement on apercevait de chaque côté deux ou trois taches grisâtres espèces d'enduits pultacés mais ne ressemblant pas du tout à une fausse membrane.

La malade souffrait à ce moment-là de la gorge mais pas plus qu'avant l'opération. Dès le second jour, les douleurs diminuaient sensiblement et ces enduits pultacés se désagrégeaient pour disparaître tous deux cinq ou six jours après. Le 15 juin, dernier jour où nous avons examiné la malade, la gorge ne présentait rien d'anormal, la rougeur elle-même n'avait plus la teinte vive du début et les mouvements de déglutition se faisaient avec facilité.

CONCLUSIONS

Nous concluons :

1) A côté de l'angine syphilitique secondaire type, caractérisée par une dysphagie tenace, une rougeur de l'arrière-gorge, une hypertrophie des amygdales tant palatines que linguale, et par la présence de plaques muqueuses, on peut trouver une angine syphilitique avec un seul, deux ou plusieurs de ces symptômes.

2) Une dysphagie prolongée, sous le bénéfice de quelques réserves au sujet de sa cause, devra mettre le praticien en éveil et diriger son examen clinique du côté de la syphilis.

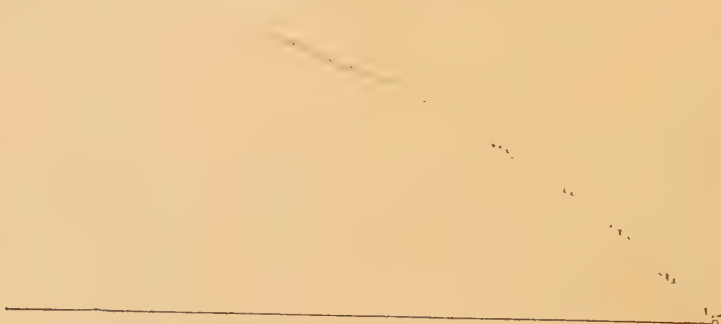
3) Même remarque quand on aura affaire à une gorge qui présente un érythème vermillon.

4) La plaque muqueuse de l'amygdale, des piliers, etc., au lieu de garder un aspect ordinairement opalin, peut se couvrir d'une fausse membrane simulant la membrane diphtérique.

5) En présence de ces accidents, le traitement hydrargyrique sera toujours institué, mais il sera toujours

vain sans une hygiène et une propreté scrupuleuses de la bouche et sans des cautérisations légères des plaques muqueuses.

6) Devant une hypertrophie bien nette et tenace des amygdales palatines, même couvertes de plaques, le meilleur traitement est l'ablation de la glande au morcelleur.



Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,
P. DIEULAFOY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Augagneur et Gallois.** — *Compte rendu Soc. dermat. et syph.*, avril 1896.
- Arnold.** — Associated syphilitic and tubercular ulceration of the throat.
— *Pacific M. J. San. Fran.* 1887, XXX, 213-215.
- Barthélemy et Balzer.** — *Art. syph.* Dict de Méd. et Chir. pratiques.
- Barduzzi.** — Sull'opportunità delle operazioni chirurgiche nella sifilide.
— *Giorn. ital. del mal. ven. et del pelle*, juin 1879, p. 134.
- Battier.** — Les angines diphtéroïdes de la syphilis. *Th. Paris*, 1897.
- Bazin.** — Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilitides.
- Bellan.** — Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syph. *Th. Paris*, 1902.
- Benoist.** — Erythème syphilitique vermillon. *Th. Paris*, 1890.
- Bergeat.** — Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand. *München med. Wchuschr.*, 1898.
- Bernard.** — Case of syphilitic phagedaena of soft palate and tonsil. *Liverpool M. Chir.* 1890.
- Bonjean.** — Des plaques muqueuses du larynx. *Th. Paris*, 1882.
- Bosquier.** — Angines diphtéroïdes de la syphilis (à propos d'un cas de syphilis diphtéroïde ayant simulé le croup). *J. d. sc. méd. Lille*, 1897.
- Bourges.** — Les angines diphtéroïdes de la syphilis. *Gaz. hebdom. Méd.* Paris, 1892, 2 s. XXIX.
- Brown.** — Some interesting cases of acquired syphilis of the nose and throat. *Med. Fortnightly*, Saint-Louis, 1900, XVII.

- Carbonnier.** — Contribution à l'étude de l'ang. syph. aux trois périodes (Dysphagie prolongée). *Th. Lyon*, 1894.
- Du Castel.** — Contrib. à l'étude de l'ang. syph. précoce. *Bull. et mém. soc. méd. hôp.* Paris 1880.
- Cohen.** — Lecture ou syphilitic sore throat. *Hosp. gaz.* N. Y. 1879, VII, 353-356.
- Cornil.** — Anatomie pathologique des plaques muqueuses de l'amygdale. *Gaz. hebdom. Méd. Paris*, 1878, XXV, 505.
- Cozzolino.** — Sifilosi delle tonsille. *Boll. d. clin.* Milano 1888, V, 97-107.
- Cushing.** — Diagnosis and treatment of deep syphilitic ulcerations of the throat eleven cases. *Med. a. Surg. Rep. Bost city Hosp.*, 1882, 3. s. 354-371.
- Cutter.** — Throat syphilis and tubercle according to salisbury. *Arch. laryng.* N. Y. 1880, I, 342-353.
- Davasse et Deville.** — *Arch., gén. Méd.*, 1845-1846.
- Dieulafoy.** — *Semaine médicale*, 1895. Manuel de Path. interne. Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1898.
- Escat.** — Maladies du pharynx. Path. de l'amygde linguale. *Soc. franç. d'otol.* 1898.
- Evans.** — Syphilis of the fances. *Peoria M. Rev.* 1896, I, 170-173.
- Féréol.** — Amygdalite syphilitique double avec hypert. considérable et ulcérations gangréneuses. *Union méd. Paris*, 1881, 3 s. XXXII, 877.
- Folinea.** — Le lesioni traumatiche nei sifilitici. *Giorn. internat. del scienze med.* fasc 10, 11, 12, p. 1151-1310.
- Fournier.** — *Gaz. hebdom.* 1875. Leçons cliniques sur la syphilis étudiée chez la femme. *Semaine médicale*, 1887, p. 281. Chancre extra-génitaux. Traité de la syphilis. Syphilis et mariage.
- Gamberini.** — Traumatismo in rapporto colla sifilide. *Giorn. ital. del mal ven et del pelle*, fév. 1879, n° 1.
- Garel.** — Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge. *Lyon méd.* 1892. Octobre.
- Gibert.** — Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis.
- Gilles.** — Hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques. *Th. Paris*, 1882.
- Gleason.** — A new opération for the correction of de flections of the nasal septum. *Laryngoscope Saint-Louis* 1897. III, 147-152.
- Demay de Goustine.** — Diphthérie comme accident secondaire de la syphilis. *Th. Paris*, 1862.
- Grisolle et Bazin.** — Traité de path. interne.

- Guéneau de Mussy.** — De quelques formes insidieuses d'angine syphilitique. *France méd.* Paris, 1881 II. 709-781.
- Guinaud.** — Syphilis des verriers, 1881.
- Hauttement.** — Angine syph. secondaire à forme diphtéroïde. *Th. Paris*, 1888.
- Hélary.** — Des angines syphilitiques tertiaires. *Union méd.* Paris, 1892. 31. III 601-613.
- Horst.** — Chramische pharyngitis in verband met de diagnose syphilis. *Méd. Weekbl.* Amst. 1898-99. V. 257.
- Hulot.** — *Ann. derm. et syph.* I série T. X, p. 29.
- Ingals.** — Syphilitic sore throat. *J. Ann. M. ass.* Chicago 1897. XXVIII 303.
- James.** — Case of syphilitic disease of the throat. *Med. Rev. N. Y.* 1882, XXII.
- Jourdanet.** — De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois périodes. *Th. Lyon*, 1898.
- Juhel-Rénoy.** — *Arch. de laryng.* Avril 1889.
- Jullien.** — Traité des maladies vénériennes, 1879.
- Labit.** — Syphilis secondaire de l'amygdale linguale. *Rev. de laryng.* Paris 1891, XI, 710-714.
- Lamy.** — Etat des quatre amygdales dans la période secondaire de la syphilis. *Th. Bordeaux*, 1899.
- Lancereaux.** — Traité historique et pratique de la syphilis.
- Lasègue.** — Traité des angines.
- Leloir.** — Leçons sur la syphilis, 1886.
- Lublinski.** — La syphilis de l'amygdale linguale ; remarques sur ses rapports avec l'atrophie lisse des glandes folliculaires de la langue. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc. Paris 1900. XXVI, 261-274.
- Madaille.** — Du diagnostic différentiel de l'angine scrofuleuse d'avec l'angine syphilitique. *Marseille méd.* 1882, XIX, 385-394.
- Maire.** — Syphilitic disease of the tonsils ; report of a case with differential diagnosis. *Detroit Lancet*, 1882 n. s VI, 449-454.
- Martellière.** — De l'angine syphilitique. *Th. Paris*, 1854.
- Mauriac.** — Syphilose pharyngo-nasale, *Union med.* 1876-77. Leçons sur les maladies vénériennes.
- Melchior Robert.** — Maladies vénériennes, 1861.
- Mendel.** — Laryngite syphilitique secondaire. *Th. Paris* 1893.
- Monnier.** — Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive. *Ann. des mal. de l'oreille, etc.* Paris, 1896, XXII, pt. 2-142.

- Moure et Raulin.** — Des manifestations de la syphilis sur les amygdales pharyngée et pré-épiglottique, (3^e et 4^e amygdales). *J. méd. Bordeaux*, 1890-91, XX, 389-400-412. *Mem. Bull. soc. méd. et chir. Bordeaux* 1891, 120-144.
- Neumann.** — Ueber die Klinischen und. histologischen Veranderungen der luctisch erkrankten tonsillen und. Saumenbogen.
— *Wien méd. Bl.* 1891 XIV 703-705.
- Newcomb.** — Syphilis of the lingual tonsil. *Med. News. Phila* 1892 LXI. 4-6.
- Peter.** — Dict. encycl. sc. méd. ; art. angines.
- Petges.** — — Considérations sur les difficultés du diagnostic entre les angines pseudo-membraneuses de la syphilis et l'angine diphtérique.
— *Arch. méd. et Pharm. mil Paris* 1902 XXXIX 313-325.
- L. H. Petit.** — Thèse inaugurale 1875.
- Piccino.** — Difterite operettica simulante l'angina sifilitica *Rev. clin. e terap.* Napoli 1895 XVI 516-520.
- Pivaudran.** — De la syphilis des amygdales. *Th. Paris* 1884.
- Pobin.** — De la syphilis amygdalienne à forme diphtéroïde. *gaz méd. Paris* 1886, 7 s. III 3-13.
- Ravaugli.** — Ulcerative syphilid of the pharynx. *J. Ann. u. ass.* Chicago 6 1897, XXVI 102-104.
- Renault.** — Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée dans le cours de la syphilis secondaire, *Ann. derm. et syph.* Paris 1931-4 s. II 130-135.
- Renzi.** — Tuberculosis e sifilide laringo-faringea. *Rev. clin. e terap.* Napoli 1886, VIII 505-508.
- Ricci.** — Contributo allo studio delle manifestazioni sifilitiche sulla tonsilla linguale. *Arh. ital. di otol.* etc. Torino, 1897, XI, 19-48, et *Giorn d'Accad. di med. di Torino*, 1897, 3 s, XIX, 83, et *Rev. veneta di sc. med.*, Venezia, 1897, XXVI 88-91.
- Robin.** — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.
- Robin et Déguéret.** — *Gaz. Méd. Paris*, 18 juin 1891.
- Rollet.** — Traité des maladies vénériennes. Dict. Dechambre.
- Rouchaud.** — De l'hypertrophie des amygdales à la période secondaire de la syphilis, *Th. Bordeaux*, 1899.
- Schiffers.** — Syphilis de la tonsille linguale : *J. mal. cut. et syph.* Paris, 1893, p. 628.
- Sedzick.** — Several cases of syphilis of the tonsils. *Revue de laryngol.* etc. Paris, 1895, XV. 361-367.

- Seifert.** — Die syphilis der Zungentonsille. *Arch. Dermat. u syph. Wien u Leipz.* 1898, XLIV, 243-245.
- Siglo medical.** — Madrid, 1886, XXXIII, 406-409 : las sifilopatias faringo laryngeas y su pronostico.
- Somers.** — The differential diagnosis of pharyngeal syphilitic lesions and diphtheria. *Phila M. J.* 1899, III, 225-227.
- Teissier.** — Sur un cas d'angine pseudo-membraneuse observée chez une syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes, levures du muguet. *Arch. de Méd. expér.*, Paris, 1895, mars, n° 2.
- Witaker.** — Throat manifestations of transmitted syphilis. *Laryngoscope*, Saint-Louis, 1897, III, 163-167.
- Wroblenski.** — Manifestations of syphilis on the tonsils. *Gaz. lek. Warszawa*, 1892, 21, XII.

